No. 8

AGING and NACA

THE NACA POSITION

ON COMMUNITY SERVICES IN HEALTH CARE FOR SENIORS

THE NATIONAL ADVISORY COUNCIL ON AGING
Canada

THE NACA POSITION ON

COMMUNITY SERVICES IN HEALTH CARE FOR SENIORS

This position was unanimously adopted by
NACA's 18 members at the 26th Council
meeting, January 11, 1990

National Advisory Council on Aging

90-06660/

Information on this report may be obtained from:

National Advisory Council on Aging
Ottawa, Ontario
K1A OK9
(613) 957-1968

Charlotte Matthews, PhD
President

Susan Fletcher
Director

©Minister of Supply and Services Canada 1990
Cat. No. H71-2/2-8-1990
ISBN 0-662-57440-0

WHAT IS THE NATIONAL ADVISORY COUNCIL ON AGING?

The National Advisory Council on Aging (NACA) was created by Order-in-Council on May 1, 1980 to assist and advise the Minister of National Health and Welfare on issues related to the aging of the Canadian population and the quality of life of seniors. NACA reviews the needs and problems of seniors and recommends remedial action, liaises with other groups interested in aging, encourages public discussion and publishes and disseminates information on aging. In carrying out its responsibilities, NACA also works closely with the Minister of State for Seniors.

The Council has 18 members from all parts of Canada. Members are appointed by Order-in-Council for two- or three-year terms and are selected for their expertise and interest in aging. They bring to Council a variety of experiences, concerns and aptitudes.

MEMBERS OF THE NATIONAL ADVISORY COUNCIL ON AGING

President

Charlotte Matthews	Sarnia, Ontario

Members

Joel W. Aldred	Port Perry, Ontario
Frank Appleby	Athabasca, Alberta
Maurice Bérubé	Rimouski, Quebec
Lila Briggs	Sydney Mines, Nova Scotia
Kappu Desai	Don Mills, Ontario
Tina Donald	Summerside, Prince Edward Island
Louise Francoeur	Saint-Bruno, Quebec
Barbara Gregan	Fredericton, New Brunswick
Mary Hill	Vancouver, British Columbia
Madge McKillop	Saskatoon, Saskatchewan
Noëlla Porter	Sainte-Foy, Quebec
Edward Slater	Manotick, Ontario
William Smoler	Whitehorse, Yukon
Grace Sparkes	St. John's, Newfoundland
Jake Suderman	Winnipeg, Manitoba
Yvon-R. Tassé	Sillery, Quebec
Blossom T. Wigdor	Toronto, Ontario

NACA's POSITION IN BRIEF

The National Advisory Council on Aging (NACA) believes that meeting the health care needs of current and future Canadian seniors requires adopting a global perspective of health. This means recognizing that health is a resource for living, that includes many dimensions of the quality of life, in addition to physical well-being. Adopting this perspective necessarily implies a **major shift in the emphasis of the health care system.**

Traditionally, health care was thought of as acute, curative medical care carried out in formal institutional settings. Although Canada has an acute health care system that is well-respected throughout the world, it has become apparent that this approach to health care is **too narrow** to address the health needs of older Canadians effectively.

NACA believes that community-based services must be recognized as an integral part of the health system in providing care to an aging population.

- Because they allow seniors to participate in the life of their community as long as possible, they promote seniors' social integration and general well-being.

- Because they emphasize a "wellness" perspective, they tend to adopt a preventive approach in promoting health and thus prevent seniors' premature or prolonged stays in health care institutions.

- Because they emphasize the individual's coping mechanisms, they are able to foster seniors' sense of responsibility and control of their own health.

- Because they represent the use of the least intensive care suitable to the individual's health needs in the least

restrictive environment, they are flexible enough to adapt to seniors' changing needs while supporting their desire to remain as independent as possible.

- Because they serve their clients within the community environment, they are able to recognize the impact of physical, psychological, socio-economic and environmental factors on well-being.

- Because they focus on local needs and concerns, they strengthen the community's cohesion in support of the health of all its members.

These services will become even more essential as demographic trends challenge the existing health system.

SUGGESTIONS FOR ACTION

NACA believes that:

1. **Communities** should be encouraged **to participate in determining the health needs** of their members and **in designing and managing the system** that is set up to deliver health services.

2. **The three service sectors, i.e., informal, community-based and institutional**, must be recognized as **complementary** to one another and **integral and equally important parts** of the complete service delivery system, to effectively meet the changing health needs of an aging population.

3. **Outreach, information and referral services should exist in every community.** While being generally **accessible** to all seniors, they should also take into consideration the

special needs of those seniors for whom language or physical or mental disabilities are a barrier to effective communication.

4. **Comprehensive multidisciplinary geriatric assessment and treatment** should be the **cornerstone** of health care for the frail elderly who have multiple health problems. Geriatric assessment and treatment units or their equivalent should be provided in every region to act as a **resource** to the primary care or family physician.

5. **Co-ordination services** (e.g., single-point entry or one-stop access systems) should be available in every community to assure that seniors have **access** to all the services offered in the community, to assure that community-based services are **used as often as possible**, and to **avoid service duplication**.

   Formal service delivery should include an **individualized service plan** for each client that is centred on his or her **assessed global health needs**. This service plan should be subject to periodic **reassessment** based on the client's changing needs and circumstances.

6. The **services of well-trained community-based health care professionals should be as convenient as possible** for seniors living in the community (e.g., in "wellness" clinics, health centres or private offices). These professionals should work in a complementary and co-ordinated fashion and, when appropriate, their services should be delivered in the seniors' homes.

   Increased resources need to be provided for the training of professionals in community health emphasizing seniors' health needs.

7. Other support services, including **personal care, social support, residential services, health promotion/prevention, respite and transportation,** should be available in every community so that **seniors can choose** those which will help them best maintain or maximize their health and well-being.

Standards should be developed and applied for all these services. Service providers should be adequately **trained,** and, when necessary, they should be **certified or bonded.**

Basic and evaluative research in the area of community-based services should be promoted in order to improve their efficiency, accessibility and effectiveness.

We must recognize that Canada's health system has been evolving over the past 30 years. After assuring access to hospital care in the early 1960s, and access to medical care in the late 1960s, our society is now facing a new challenge, that of an aging population with particular needs. Our next step in assuring health care to the Canadian population should be in the provision of community-based services.

THE NACA POSITION ON COMMUNITY SERVICES IN HEALTH CARE FOR SENIORS

INTRODUCTION

NACA's position on the integration of community services in the health care of Canadian seniors is based on its philosophy of health in a global perspective and on its understanding of the importance of independence and health in seniors' quality of life. Two other elements underlie NACA's position: the probable increase in the demand for a variety of services to support seniors' independence and the belief that community-based services are critical in promoting and ensuring that independence.

1. WHAT IS HEALTH?

NACA's position on the importance of community support services for seniors is derived from our concept of health. Health is defined as a resource for everyday life, involving an equilibrium with one's environment and with one's physical and mental strengths and limitations.**[1] Health is often measured by the individual's ability to function normally or to maintain a desired degree of independence.

A global perspective on health means looking at the whole person, taking into account a variety of health-related factors including: personal lifestyle, cultural values, economic conditions, living arrangements, transportation services, and social networks. It recognizes that we are healthy, or sick, within a community environment and that many aspects of the environment must be examined and adapted to promote and support

---

** All notes are presented at the end of the text.

health and general well-being. This perspective also highlights the key role of the local community as a participant in the determination of the health care needs of its members and of the means of meeting those needs. Underlying this perspective is the importance of emphasizing the things that keep us mentally and physically healthy and safe rather than ways to cure or correct health problems brought on by an unhealthy lifestyle or unsafe environment.[2]

NACA believes that:

Communities should be encouraged **to participate in determining the health needs** of their members and in **designing and managing the system** that is set up to deliver health services.

2. THE IMPORTANCE OF INDEPENDENCE AND HEALTH TO SENIORS' QUALITY OF LIFE

Seniors have told NACA that **the most important component of their quality of life is their independence**. This ideally means being able to carry out life's activities within a normal community setting and being able to make choices about these activities and have control over one's life course. This concept of independence recognizes the nature of the individual's relationship with others and the mutual support and reliance provided by these interpersonal relationships.

Health is a major concern for seniors because it influences their ability to remain independent. In the national consultation carried out by NACA in 1988, on the barriers to independent living facing Canadian seniors, physical health problems were ranked first by both seniors and health or social service providers working with the elderly population. Problems related to mental health were cited as the second priority issue.

There is no question that aging can create conditions which may seriously increase the extent of a senior's reliance or dependence on others. These conditions may affect physical well-being or functioning, mental status or interpersonal relations. They may be compounded by financial and environmental limitations.

3. THE SIZE OF THE SENIOR POPULATION NEEDING SUPPORT

NACA estimates that at the present time approximately 500,000 Canadian seniors have lost their autonomy to the extent that they require a major degree of support to perform activities of daily living. This number includes approximately 270,000 seniors living in the community and 230,000 seniors living in institutional settings.[3] Most of these seniors are over the age of 80. Based on these estimations and projected population growth rates, we can expect that by 2031 approximately three times this number, or 1,500,000 seniors will require substantial support.

Family members and friends (the informal network), community-based services and institutions are and will continue to be partners in the provision of this support.

4. WHAT ARE COMMUNITY-BASED SERVICES FOR SENIORS?

Community-based services are specifically services **provided in a community setting** to help individuals **maintain or regain a maximum degree of autonomy and independence** by addressing their physical, mental or social well-being.

These services take a variety of forms including:

- outreach, information and referral services;
- geriatric assessment and treatment;

- o co-ordination services;
- o services of health professionals; and
- o varied other support services.

These services can:

- o improve or maintain health status, promote self-care and optimize the senior's level of independence;
- o enable seniors to participate in the life of their communities for as long as possible;
- o prevent premature or prolonged stays in health care institutions (including acute care hospitals);
- o relieve excess stress on family members or other caregivers; and
- o involve volunteers and other community resources in the provision of support services.

Community-based services are to be distinguished from institutional services based on the context in which they are provided, i.e., to people who continue to reside in a community setting.

Community-based services are also to be distinguished from informal caregiving services based on the relationship between the provider and the recipient, i.e., a client-agency relationship. The individual providing community-based services represents an organization which has some continuity.

NACA believes that:

The three service sectors, i.e., informal, community-based and institutional, must be recognized as complementary to one another and integral and equally important parts of the complete service delivery system, to effectively meet the changing health needs of an aging population.

4.1 Outreach, Information and Referral Services

These services make it possible for service providers to contact the more isolated members of the community and facilitate the transmission of information about seniors' health to appropriate professionals. They also provide information on all available services for seniors and facilitate the referral process. The need for information about how to make one's way through the complex system of health and social services was seen as a problem by approximately half of the seniors in NACA's consultation on barriers to seniors' independence. Innovations in providing this kind of service are particularly important for those seniors for whom language or physical or mental disabilities are a barrier to effective communication. A number of innovative information services have been developed across the country.[4]

NACA believes that:

Outreach, information and referral services should exist in every community. While being generally **accessible** to all seniors, they should also take into consideration the **special needs** of those for whom language or physical or mental disabilities are a barrier to effective communication.

4.2 Geriatric Assessment and Treatment

Multidisciplinary geriatric assessment and treatment are necessary in situations of multiple health problems complicated by a high degree of dependency. Because of the variety of factors which affect seniors' health, including environment and social circumstances as well as physical and mental well-being, this assessment should, as appropriate, be conducted by a team of

professionals from several pertinent disciplines who work with the senior and informal caregivers to better understand the nature of the senior's health problems.

Prompt assessment of physical and mental health, functional abilities and social and caregiver issues often leads to the identification of remediable conditions or social circumstances.

NACA believes that:

Comprehensive multidisciplinary geriatric assessment and treatment should be the cornerstone of health care for the frail elderly who have multiple health problems. Geriatric assessment and treatment units or their equivalent should be provided in every region to act as a resource to the primary care or family physician.[5]

4.3 Co-ordination Services

Co-ordination services leading to an individualized care plan, assure that every senior has access to the services he or she needs. On an individual basis, service co-ordinators provide consistency and a global approach to the health care of individuals. These services help seniors and their informal caregivers understand their needs, set service goals, and gain access to, and make appropriate use of the full range of community and facility options available in the health care system.

Co-ordinated single-point entry or one-stop access systems have been proposed in several provinces to promote community-based services.[6] Thanks to a **continuum of services** the level of care required by the individual is provided at the appropriate time according to the assessed needs. The care recipient should be able to move between higher and lower levels of care as

necessary. This presupposes a high degree of accessibility and co-ordination between all levels of service, between service sectors and between disciplines to provide the flexibility to respond to the changing nature of seniors' needs.

Some provinces are experimenting with broader systems of health and social service delivery involving non-profit corporations run by community boards and funded on a per capita basis.[7]

NACA believes that:

Co-ordination services (e.g., single-point entry or one-stop access systems) should be available in every community, to assure that seniors have **access** to all the services offered in the community, to assure that community-based services are **used as often as possible**, and to **avoid service duplication**.

Formal service delivery should include an **individualized service plan** for each client that is centred on his or her **assessed global health needs**. This service plan should be subject to periodic **reassessment** based on the client's changing needs and circumstances.

4.4 Services of Health Professionals

The services of appropriately trained health professionals working in the community can provide front-line, primary health care to seniors outside an institutional setting and often in a senior's own home. Examples include physicians, home care nurses, physiotherapists, speech therapists, occupational therapists and other professionals, such as dentists, podiatrists

or nutritionists. The co-ordinated efforts of these professionals in an integrated approach can address the senior's needs most effectively.

NACA believes that:

The services of well-trained community-based health care professionals should be as convenient as possible for seniors living in the community (e.g., in "wellness" clinics, health centres or private offices). These professionals should work in a complementary and co-ordinated fashion and, when appropriate, their services should be delivered in the seniors' homes.

Increased resources need to be provided for the training of professionals in community health emphasizing seniors' health needs.

4.5 Other Support Services

There are at least six other types of support services which should be available to seniors in Canada. These services can contribute in a very significant way to seniors' well-being and help to improve or to maintain their health. They are:

- o personal support services;
- o social support services;
- o residential services;
- o health promotion/prevention services;
- o respite services; and
- o transportation services.

Personal support services include: homemaking services such as meal preparation, laundry and cleaning; home and yard maintenance; personal care, such as help with dressing, bathing,

eating and taking medications; providing meals, through meals-on-wheels and wheels-to-meals; and other practical assistance, such as help with shopping or banking.

Social support services include a variety of programs designed to encourage continued social contact and to increase a sense of social connectedness and security. Examples are friendly visiting programs, telephone assurance, neighbourhood watch, and clubs and groups that provide contact and support.

A variety of **non-institutional, supported-living residential arrangements** have been developed to help seniors retain their independence. These include homesharing, congregate and coop housing, accessory apartments, garden suites, and the Abbeyfield Concept housing.[8] An innovative residential service that seems especially suited to the Canadian climate and which meets a variety of social support needs is the seasonal residence service. This kind of program makes it possible for seniors living in rural or isolated areas to live in a seniors' residence for five or six months and return to independent living in their homes for the rest of the year.

Health promotion/prevention and lifestyle enhancement programs have been increased in recent years, for people of all age groups, due to the Canadian government's emphasis on health promotion. Examples of health promotion/prevention and lifestyle enhancement programs are self-care or personal health practices, group fitness activities, personal development and health education programs.

Respite services are designed to give relief to family members or others who routinely give care to an older person. Respite services may be in the form of overnight or holiday care in the senior's own home or in an institution. These services may also be in the form of day care or caregivers' support programs.

Many older people do not use public transportation because of the infrequency of service, the inappropriate design of vehicles or stations and the lack of shelters. Private transportation is also unavailable to many seniors who cannot afford to drive a car or use taxis frequently, or whose friends and families may not be able to provide transportation when it is needed.

Without transportation services, seniors risk not only social isolation, but in extreme cases, deterioration of their health, if they cannot get to a needed service. By having adequate transportation services available, seniors can be helped to remain in their own homes, in their communities.[9]

NACA believes that:

Other support services, including **personal care, social support, residential services, health promotion/prevention, respite and transportation**, should be available in every community so that **seniors can choose** those which will help them best maintain or maximize their health and well-being.

Standards should be developed and applied for all these services. Service providers should be adequately **trained**, and, when necessary, they should be **certified or bonded.**

Basic and evaluative research in the area of community-based services should be promoted in order to improve their efficiency, accessibility and effectiveness.

CONCLUSION

Canada's traditional health care system may be characterized as institution-based, high-technology and cure-oriented. Seniors' health care needs, on the other hand, can be described in general, as long-term, chronic disorders requiring holistic care and multidimensional support. This should be provided, as much as possible, by community-based organizations in co-ordination with the institutional and informal sectors. Although seniors as a group are quite healthy, a small proportion makes disproportionate use of the health care system and the services as they are currently delivered.

It is clear that if Canada continues to deliver medically-oriented health care for seniors that places a heavy emphasis on formal services for cure or institutionalization, the costs may become unbearable and many health care needs will not be met.

Questions concerning community involvement in the determination of health care needs and the management of services, the organization of health care delivery, the co-ordination of services and the more balanced sharing of resources between acute, institutional care and long-term, chronic community-based care will need to be met head on. Issues of territoriality between levels of government and between disciplines will need to be confronted. The need to provide a continuum of care must be recognized. Institutions must accept community-based services as an equal partner in health care and not simply as a means of taking off the "overload" to help them stay within their budgets.[10] Finally, all those providing services to seniors must define their goals in terms of working with seniors and their families in meeting the seniors' global health needs.

We must recognize that Canada's health system has been evolving over the past 30 years. After assuring access to

hospital care in the early 1960s, and access to medical care in the late 1960s, our society is now facing a new challenge, that of an aging population with particular needs. Our next step is assuring health care to the Canadian population should be in the provision of community-based services.

NACA is confident that with the increasing sensitivity of all policy makers in the field of health care to the needs of older Canadians, and with the participation of seniors themselves in the policy-making process, a shift in the emphasis of health care for seniors will take place and that there will be increased recognition of the critical role of community support services for seniors in their health care. After all, those responsible for the health care system need only ask themselves what kind of support they want for themselves in the future.

NOTES**

1) Canada. Dept. of National Health and Welfare. Achieving Health for All: A Framework for Health Promotion. Ottawa, 1986.

Canadian Medical Association. Health Care for the Elderly: Today's Challenges, Tomorrow's Options. Report of the CMA Committee on the Health Care of the Elderly. Ottawa, 1987.

World Health Organization. Constitution of the World Health Organization: Basic Documents. 15th edition, 1961.

2) Esdaile, J., and K. Wilkins. "Social Support and Social Networks as Promoters of Physical and Psychological Well-Being in Persons with Arthritic and Rheumatic Disorders." In Knowledge Development for Health Promotion: A Call for Action, by the Health Services and Promotion Branch, Dept. of National Health and Welfare. Ottawa, 1989.

Hancock, T., and L. Duhl. The Healthy City: Promoting Health in the Urban Context. Copenhagen: WHO European Region, 1986.

National Advisory Council on Aging. Towards a Community Support Policy for Canadians. Ottawa, 1986.

Sutherland, R., and M. J. Fulton. Health Care in Canada: A Description and Analysis of Canadian Health Services. Ottawa: The Health Group, 1988.

3) Estimates reported from the Canada Health Survey indicate that approximately 20% of persons aged 65 and over report major limitations to their activities that require a substantial degree of support. (Chappell, N. et al. Aging and Health Care: A Social Perspective. Toronto: Holt, Rinehart and Winston, 1986.)

4) Using computer technology, health information cards in use in several provinces allow for instant access to information about deductible levels in the provincial drug plan and help the pharmacist to identify potential situations of drug abuse. These cards have the capacity to carry key medical information, to interface with hospital information systems and to heighten consumer awareness. Drug hot-lines provide similar services.

Several provinces have also established an information system on health-related matters using pre-recorded taped messages or a telephone information service to respond to health-related inquiries.

5) National Advisory Council on Aging. Geriatric Assessment: The Canadian Experience. Ottawa, 1989.

6) Alberta. Long Term Care Committee on Senior Citizens. A New Vision for Long-Term Care: Meeting the Need. Edmonton, 1988.

7) According to this model the corporation is responsible for meeting all the health care service needs of the residents, including the services of a variety of home support agencies, health care professionals and institutions. Its aim is to de-emphasize institutional care by forming a management system dedicated to integrating institutional, community-based and informal services. It provides diagnostic, treatment and counselling services, illness prevention and health promotion as well as alternative health practices using the widest variety of community health professionals (nutritional counselling, nurse practitioners services or psychotherapy).

8) Canada Mortgage and Housing Corporation. Housing Choices for Older Canadians. Ottawa, 1987.

9) Ontario Advisory Council on Senior Citizens. The Freedom to Move is Life Itself. Toronto, 1987.

10) The Victoria Health Project is an excellent example of this kind of co-operation between service sectors, between institutions and between levels of government. In 1988, a unique partnership involving budgetary transfers, was established between the Greater Victoria Hospital Society, the Capital Regional District and the British Columbia Ministry of Health, in planning and implementing a series of health-related measures to improve community services particularly for frail and chronically ill individuals. The results thus far are extremely positive. (Fyke, K., P. Pallan, and D. Juzwishin. "The Victoria Health Project: The Beginnings." Prepared for the Community and Institutional Relations Chapter of the Canadian Health Care Management Corporation. November, 1988.)

** The complete bibliography used in the preparation of this paper is available upon request from NACA.

POSITION PAPERS
OF THE
NATIONAL ADVISORY COUNCIL ON AGING

1. Priorities for Action, 1981 (out-of-print).

2. Maximizing Choices: A Housing Policy for Canadians, 1985.

3. An Improved Retirement Income System for Canadians, 1985.

4. Implementation of an Independent Living Incentive Program (ILIP), April 1986.

5. Response to the Consultation Paper on Survivor Benefits under the Canada Pension Plan, November 1987.

6. NACA's Position on Long Term Care, April 1988.

7. The NACA Position on the Goods and Services Tax, February 1990.

8. The NACA Position on Community Services in Health Care for Seniors, February 1990.

N° 8

Vieillir et le CCNTA

LA POSITION DU CCNTA

SUR LES SERVICES COMMUNAUTAIRES DANS LES SOINS AUX AINES

LE CONSEIL CONSULTATIF NATIONAL SUR LE TROISIÈME ÂGE
Canada

LA POSITION DU CCNTA
SUR LES SERVICES COMMUNAUTAIRES DANS LES SOINS AUX AINES

Cette position a été adoptée à l'unanimité par
les 18 membres du CCNTA lors de la 26e réunion
du Conseil, le 11 janvier 1990

Conseil consultatif national sur le troisième âge

On peut obtenir des renseignements sur ce rapport auprès du

Conseil consultatif national
sur le troisième âge
Ottawa (Ontario)
K1A OK9
(613) 957-1968

Charlotte Matthews, Ph.D.
Présidente

Susan Fletcher
Directrice

© Ministre des Approvisionnements et Services Canada 1990
N^{O} de cat. H71-2/2-8-1990
ISBN 0-662-57440-0

EN QUOI CONSISTE LE CONSEIL CONSULTATIF NATIONAL SUR LE TROISIEME AGE?

Le Conseil consultatif national sur le troisième âge (CCNTA) a été créé par décret le 1er mai 1980, afin d'assister le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social et de le conseiller sur les questions du vieillissement de la population canadienne et de la qualité de vie des personnes âgées. Le CCNTA étudie les besoins et les problèmes des aînés, recommande des mesures correctives, assure la liaison avec les autres groupes intéressés au vieillissement, favorise les discussions avec le grand public, publie et diffuse de l'information sur le vieillissement. Pour mener à bien ces activités, le CCNTA travaille en étroite collaboration avec le ministre d'Etat pour le Troisième Age.

Le Conseil est composé de 18 membres venant de toutes les parties du Canada. Les membres sont choisis en raison de leur intérêt et de leur expertise dans le domaine du vieillissement. Ils font bénéficier le Conseil de leur expérience, leurs préoccupations et leur compétence.

MEMBRES DU CONSEIL CONSULTATIF NATIONAL SUR LE TROISIEME AGE

Présidente

Charlotte Matthews	Sarnia, Ontario

Membres

Joel W. Aldred	Port Perry, Ontario
Frank Appleby	Athabasca, Alberta
Maurice Bérubé	Rimouski, Québec
Lila Briggs	Sydney Mines, Nouvelle-Ecosse
Kappu Desai	Don Mills, Ontario
Tina Donald	Summerside, Ile-du-Prince-Edouard
Louise Francoeur	Saint-Bruno, Québec
Barbara Gregan	Frédéricton, Nouveau-Brunswick
Mary Hill	Vancouver, Colombie-Britannique
Madge McKillop	Saskatoon, Saskatchewan
Noella Porter	Sainte-Foy, Québec
Edward Slater	Manotick, Ontario
William Smoler	Whitehorse, Yukon
Grace Sparkes	Saint-Jean, Terre-Neuve
Jake Suderman	Winnipeg, Manitoba
Yvon R. Tassé	Sillery, Québec
Blossom T. Wigdor	Toronto, Ontario

LA POSITION DU CCNTA EN BREF

Le Conseil consultatif national sur le troisième âge croit que pour répondre aux besoins actuels et futurs des Canadiens âgés, en matière de soins de santé, il faut envisager la santé de façon globale. Cela veut dire que la santé doit être reconnue comme une ressource qui est utile à la vie quotidienne et qui comporte plusieurs dimensions reliées à la qualité globale de la vie, par delà la santé physique. Pour appliquer cette conception de la santé, il faut nécessairement changer de façon radicale l'orientation des soins de santé.

Jusqu'à tout récemment, les soins de santé étaient synonymes de soins médicaux aigus, fournis en milieu institutionnel, selon une approche curative. Même si le système de soins de santé aigus du Canada est tenu en haute estime dans le monde entier, il est évident que cette façon de concevoir les soins est trop restrictive pour répondre efficacement aux besoins des Canadiens âgés en matière de santé.

Le CCNTA croit qu'il faut reconnaître que les services de soutien communautaire font partie intégrante du système de soins pour la population âgée.

- Parce qu'ils permettent aux aînés de participer à la vie de leurs communautés aussi longtemps que possible, ces services améliorent l'intégration sociale et le bien-être général des personnes âgées.
- Parce qu'ils mettent en valeur une perspective de "santé", ces services favorisent une approche préventive de promotion de la santé et diminuent les risques d'institutionnalisation précoce ou de séjours prolongés dans des milieux de soins.
- Parce qu'ils font ressortir les stratégies d'adaptation des individus mêmes, ces services responsabilisent les aînés par rapport à leur propre santé.
- Parce qu'ils représentent l'utilisation du juste niveau de services dans le milieu le moins contraignant possible, ces services sont suffisamment flexibles pour s'adapter aux

changements dans les besoins des aînés tout en soutenant leur désir de rester autonomes aussi longtemps que possible.

- Parce qu'ils offrent des services aux personnes vivant dans l'environnement de la communauté, ces services reconnaissent mieux l'impact des facteurs physiques, psychologiques, socio-économiques et environnementaux sur le bien-être des individus.
- Parce qu'ils s'adressent surtout aux préoccupations et aux besoins locaux, ces services renforcent la cohésion de la communauté comme source de soutien pour la santé de tous ses membres.

Le défi que représentent les tendances démographiques pour le système de santé existant rendra ces services encore plus importants.

ACTIONS SUGGEREES

Le CCNTA croit que:

1. On devrait **encourager la participation de la communauté dans la détermination des besoins** de santé de ses membres **et dans la création et la gérance du système de services** de santé établi pour y répondre.

2. **Les trois secteurs de services, soit l'informel, le communautaire et l'institutionnel**, doivent être reconnus dans leur **complémentarité mutuelle** et comme **parties intégrantes d'une importance égale** dans le système complet de services pour répondre de façon efficace aux variations et à l'évolution des besoins sanitaires de la population vieillissante.

3. **Les services d'approche, d'information et d'orientation devraient exister dans chaque communauté.** Tout en étant **accessibles à tous les aînés**, ils devraient aussi tenir

compte des **besoins spéciaux** des aînés pour qui la langue ou les problèmes physiques ou mentaux constituent une barrière à une communication efficace.

4. **Les services d'évaluation et de traitement gériatriques multidisciplinaires** doivent être la **pierre angulaire** des soins de santé des aînés frêles avec de multiples problèmes de santé. Des unités d'évaluation et de traitement gériatriques ou leur équivalent devraient exister dans chaque région et servir de **ressources** pour le médecin omnipracticien.

5. Des **services de coordination** (p. ex., le système à **point unique d'aiguillage** ou le système **d'accès unique**) devraient être accessibles dans chaque communauté pour assurer **l'accès** des aînés à tous les services qui leur sont offerts, pour veiller à ce que l'on fasse appel **le plus possible** aux services communautaires et pour **éviter toute duplication** de services.

   Des services **formels** devraient inclure un **plan de services individualisé** pour chaque client, centré sur les besoins par rapport à la **santé globale**. Ce plan de services devrait être **réévalué périodiquement** selon l'évolution des besoins du client.

6. **Des services offerts par des professionnels ayant reçu une formation solide en santé communautaire devraient être aussi accessibles que possible** aux aînés vivant à domicile (p. ex., dans des cliniques de "santé", des centres de services sanitaires ou des cabinets privés). Ces professionnels doivent travailler de façon coordonnée et complémentaire et, s'il y a lieu, ces services devraient être fournis au domicile du client.

Des ressources accrues devraient être consacrées à la formation de professionnels en santé communautaires, surtout en ce qui concerne les besoins sanitaires des aînés.

7. D'autres services d'appui, y compris le soutien personnel, le soutien social, la promotion de la santé et la prévention, les services résidentiels, les services de répit et le transport, devraient exister dans chaque communauté pour que les aînés puissent choisir ceux qui sont susceptibles de les aider à maintenir ou à améliorer leur santé et leur bien-être en général.

Des normes devraient être élaborées et appliquées pour tous ces services. Les fournisseurs de services devraient recevoir une formation adéquate et, le cas échéant, ils devraient être agréés ou cautionnés.

Les services communautaires devraient faire l'objet de recherche fondamentale et évaluative afin qu'en soient améliorées l'efficacité, l'accessibilité et l'efficience.

Nous devons reconnaître que le système de santé canadien a évolué au cours des 30 dernières années. Après avoir assuré l'accès aux services hospitaliers au début des années 60 et l'accès aux services médicaux à la fin de cette même décennie, notre société se trouve devant un nouveau défi, celui d'une population vieillissante aux besoins particuliers. La prochaine étape dans la bonification de notre système de santé devrait consister à fournir des services communautaires.

LA POSITION DU CCNTA SUR LES SERVICES COMMUNAUTAIRES DANS LES SOINS AUX AINES

INTRODUCTION

La position du CCNTA sur l'intégration des services de soutien communautaire dans les soins aux Canadiens aînés est fondée sur sa conception de la santé vue dans une perspective globale et sur sa conviction que l'indépendance et la santé sont fort importants à la qualité de la vie des aînés. Deux autres données sous-tendent la position du CCNTA: l'augmentation probable de la demande de divers services capables d'appuyer l'indépendance des aînés et la croyance que les services de soutien communautaire sont cruciaux si l'on veut promouvoir et assurer cette indépendance.

1. QU'EST-CE QUE LA SANTE?

La position du CCNTA sur l'importance des services de soutien communautaire pour les personnes âgées provient de sa conception de la santé. La santé est définie comme une ressource pour la vie de tous les jours. Cela signifie vivre en harmonie avec le milieu et parvenir à un certain équilibre, malgré ses propres limitations physiques et mentales.**[1] La capacité d'un individu de fonctionner normalement et de maintenir un niveau d'autonomie désiré est souvent utilisée comme mesure de sa santé.

Selon la conception globale de la santé, l'on doit s'occuper de toute la personne, en tenant compte d'une variété de facteurs reliés à la santé: le mode de vie personnel, les valeurs culturelles, les conditions économiques, la situation résidentielle, les réseaux sociaux et les services de transport.

** Toutes les références sont rassemblées à la fin du texte.

D'après cette conception, nous nous portons bien ou nous sommes malades dans un milieu donné et les différents aspects de ce milieu doivent être étudiés et modifiés pour promouvoir la santé et le bien-être de tous. Cette perspective souligne aussi le rôle important de la communauté dans la détermination des besoins sanitaires de ses membres et des moyens d'y répondre. C'est pourquoi il est nécessaire de mettre l'accent sur ce qui garantit notre santé physique et mentale et notre sécurité, plutôt que de chercher à soigner ou à remédier à des problèmes de santé causés par un mode de vie malsain ou un environnement peu sécuritaire.[2]

Le CCNTA croit que:

On devrait **encourager la participation de la communauté dans la détermination des besoins** de santé de ses membres **et dans la création et la gérance du système de services** de santé établi pour y répondre.

2. L'IMPORTANCE DE L'AUTONOMIE ET LA SANTE POUR LA QUALITE DE VIE DES AINES

Les aînés ont souvent précisé au CCNTA que **l'autonomie est la composante la plus importante de leur qualité de vie.** Cela signifie pouvoir conduire les activités quotidiennes de la vie dans un milieu aussi normal que possible et avoir le plus de choix possible et de contrôle concernant le cours de sa vie. Cette notion d'autonomie reconnaît la nature des relations de l'individu avec les autres et le soutien mutuel et la confiance qui en résultent.

La santé est l'une des principales préoccupations des personnes âgées parce qu'elle influence leur capacité de rester autonome. Dans une enquête portant sur les obstacles à l'autonomie, enquête effectuée au niveau national par le Conseil en 1988, la santé physique venait en tête de liste chez les personnes âgées et les prestateurs de services de santé ou

sociaux travaillant auprès des personnes âgées. La santé mentale venait au deuxième rang.

Personne ne doute que certains changements associés au vieillissement peuvent accroître grandement la mesure de dépendance ou d'appui des aînés vis-à-vis d'autrui. Ces conditions peuvent affecter le bien-être ou le comportement physique, l'état psychique ou les relations interpersonnelles. Les restrictions financières et environnementales peuvent encore accroître ces problèmes.

3. LE NOMBRE D'AINES NECESSITANT DES SERVICES DE SOUTIEN

Le CCNTA estime qu'à l'heure actuelle il y a approximativement 500 000 personnes âgées au Canada qui ont subi des pertes au niveau de leur autonomie à tel point qu'elles ont besoin d'une aide considérable pour réaliser les activités de la vie quotidienne. Ce chiffre inclut environ 270 000 aînés vivant dans la communauté et environ 230 000 autres vivant en milieu institutionnel.[3] La majorité de ces personnes ont plus que 80 ans. Nous fondant sur ces estimations et les projections de l'accroissement démographique, nous prévoyons qu'en l'an 2031 environ trois fois plus de personnes, soit 1 500 000 aînés, requerront un niveau de soutien marqué.

Tous les parents et amis (le réseau informel), les services communautaires et les institutions sont et resteront des partenaires dans la prestation de ces services.

4. QUE SIGNIFIENT LES SERVICES COMMUNAUTAIRES POUR LES AINES?

Des services dits "communautaires" sont explicitement des **services offerts dans un milieu communautaire**, ayant comme but **d'aider des individus**, par une intervention au niveau de leur bien-être physique, mental ou social, **à maintenir ou à retrouver un niveau optimal d'autonomie.**

Ces services peuvent prendre plusieurs formes:

- o des services d'approche, d'information et d'orientation;
- o des services d'évaluation et de traitement gériatriques;
- o des services de coordination;
- o des services des professionnels de la santé;
- o d'autres services de soutien.

Ces services devraient aider à:

- o améliorer ou préserver l'état de santé de la personne âgée, promouvoir la prise en charge personnelle et optimiser le niveau d'autonomie des personnes âgées;
- o permettre aux aînés de participer à la vie de la communauté le plus longtemps possible;
- o éviter le placement prématuré ou prolongé en établissement de soins (y compris les établissements de soins pour malades aigus);
- o atténuer le stress auquel sont soumis les membres de la famille ou les autres fournisseurs de soins;
- o faire participer les services de bénévoles et autres ressources communautaires à la prestation des services de soutien.

Les services communautaires se distinguent des services institutionnels par le contexte dans lequel ils sont fournis, c'est-à-dire, aux personnes qui résident dans un milieu normal de la communauté. Ils se distinguent aussi de **l'aide informelle** par la relation entre le prestataire et le destinataire des services, c'est-à-dire **une relation client-agence**. La personne qui fournit des services communautaires représente une organisation ayant une certaine continuité.

Le CCNTA croit que:

Les trois secteurs de services, soit l'informel, le communautaire et l'institutionnel, doivent être reconnus dans **leur complémentarité mutuelle** et comme **parties**

intégrantes d'une importance égale dans le système complet de services pour répondre de façon efficace aux variations et à l'évolution des besoins sanitaires de la population vieillissante.

4.1 Les services d'approche, d'information et d'orientation

Ces services facilitent les contacts entre des dispensateurs de services et les membres plus isolés des communautés ainsi que la transmission de l'information sur la santé des personnes âgées aux spécialistes intéressés. Ils fournissent aussi de l'information concernant la variété des services offerts aux personnes âgées et ils facilitent les références utiles. Selon l'enquête effectuée par le CCNTA sur les obstacles à l'autonomie, près de la moitié des personnes âgées interrogées ne savaient pas comment se frayer un chemin dans le dédale des services de santé et des services sociaux. Il est très important d'innover en ce domaine, pour pouvoir communiquer avec les personnes âgées qui ont de la difficulté à s'exprimer dans l'une des deux langues officielles ou qui ont de la difficulté à communiquer à cause de troubles physiques ou mentaux. Plusieurs services d'information innovateurs ont été développés dans différents coins du pays.[4]

Le CCNTA croit que:

Les services d'approche, d'information et d'orientation devraient exister dans chaque communauté. Tout en étant **accessibles à tous les aînés**, ils devraient aussi tenir compte des **besoins spéciaux** des aînés pour qui la langue ou les problèmes physiques ou mentaux constituent une barrière à une communication efficace.

4.2 Les services d'évaluation et de traitement gériatriques

Une évaluation gériatrique multidisciplinaire est nécessaire dans le cas des personnes âgées aux problèmes de santé multiples, souvent accompagnés d'un degré important de dépendance. Étant donné la diversité des facteurs qui influent sur la santé des

personnes âgées, notamment leur milieu et leur situation sociale ainsi que leur bien-être physique et mental, cette évaluation devrait en principe être faite par une équipe multidisciplinaire de professionnels qui travaillent, de concert, avec la personne âgée et ses aidants informels, pour mieux comprendre la nature de ses problèmes de santé.

Une évaluation prompte de la santé physique et mentale de l'aîné, de ses capacités fonctionnelles, de sa situation sociale et de sa dépendance par rapport à ses proches permet souvent l'identification des conditions ou des circonstances qui peuvent être traitées ou corrigées.

Le CCNTA croit que:

> **Les services d'évaluation et de traitement gériatriques multidisciplinaires** doivent être **la pierre angulaire** des soins de santé des aînés frêles avec de multiples problèmes de santé. Des unités d'évaluation et de traitement gériatriques ou leur équivalent devraient exister dans chaque région et servir de **ressources** pour le médecin de famille.[5]

4.3 Coordination des services

Il est très important d'assurer la coordination des services et un plan de services individualisé afin que la personne âgée puisse avoir accès aux services dont elle a besoin. Sur le plan individuel, les coordonnateurs de services et les responsables de cas assurent une certaine unité et considèrent les soins de santé pour personnes âgées de façon globale. Ces services devraient aider les personnes âgées et leurs aidants informels à mieux comprendre leurs besoins, à fixer des objectifs pour les services, en plus de permettre l'accès à toute la gamme des services à domicile et en établissement offerts par les réseaux de soins.

Des réseaux d'accès coordonnés, tels le système à point unique d'aiguillage ou le système d'accès unique, ont été proposés dans plusieurs provinces pour favoriser l'utilisation des services communautaires.[6] Grâce à la continuité établie entre ces services, le niveau de soins adapté aux besoins de l'aîné est fourni au bon moment. Celui-ci doit pouvoir accéder facilement à des niveaux plus ou moins élevés de services selon ses besoins. Ceci présuppose une forte coordination entre les niveaux de soins, entre les secteurs de services, et entre les disciplines afin d'offrir la flexibilité nécessaire pour répondre à l'évolution dans les besoins des aînés.

Quelques provinces ont établi, à titre d'essai, des systèmes plus vastes d'organisation de services sanitaires et sociaux faisant appel à des corporations sans but lucratif qui reçoivent des subventions proportionnelles au nombre d'habitants d'un territoire donné et qui sont administrés par des conseils communautaires.[7]

Le CCNTA croit que:

Des services de coordination (p. ex., le système à point unique d'aiguillage ou le système d'accès unique) devraient être accessibles dans chaque communauté pour assurer l'accès des aînés à tous les services qui leur sont offerts, pour veiller à ce que l'on fasse appel le plus possible aux services communautaires et pour éviter toute duplication de services.

Des services formels devraient inclure un plan de services individualisé pour chaque client, centré sur les besoins par rapport à la santé globale. Ce plan de services devrait être réévalué périodiquement selon l'évolution des besoins du client.

4.4 Les services sanitaires professionnels

Des professionnels ayant reçu une formation appropriée et qui travaillent dans la communauté peuvent offrir des **soins de base de première ligne** aux aînés en dehors de milieux institutionnels et, si nécessaire, au domicile même de la personne âgée. Des exemples incluent les médecins de famille, les infirmières des services de soins à domicile, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, et les autres professionnels de la santé tels que les dentistes, les podiatres ou des nutritionnistes. Les efforts coordonnés de ces professionnels dans une approche intégrée s'adressent le mieux aux besoins des aînés.

Le CCNTA croit que:

Des services offerts par des professionnels ayant reçu une formation solide en santé communautaire devraient être aussi accessibles que possible aux aînés vivant à domicile (p. ex., dans des cliniques de "santé", des centres de services sanitaires ou des cabinets privés). Ces professionnels doivent travailler de façon coordonnée et complémentaire et, s'il y a lieu, ces services devraient être fournis au domicile du client.

Des ressources accrues devraient être consacrées à la formation de professionnels en santé communautaires, surtout en ce qui concerne les besoins sanitaires des aînés.

4.5 Autres services de soutien

Le CCNTA croit qu'au moins six autres genres de services de soutien devraient être fournis aux personnes âgées au Canada, parce qu'ils contribuent de façon très marquée au bien-être de ces personnes et qu'ils les aident à rester en santé. Il s'agit des:

- o services de soutien personnel
- o services de soutien social
- o services de promotion de la santé et de prévention des maladies
- o services résidentiels
- o services de répit
- o services de transport.

Les services de soutien personnel comprennent: la préparation des repas; la lessive et le nettoyage; les services d'entretien de la maison et du terrain; les services de soins personnels, qui aident la personne à s'habiller, à se laver et à manger et à bien prendre les médicaments; les services de repas, qu'il s'agisse de livraison des repas ou de ramassage-repas; et d'autres services pratiques pour aider la personne à faire son marché, effectuer ses transactions bancaires, etc.

Les services de soutien sociaux comprennent une multitude de programmes qui facilitent l'entretien de rapports sociaux et donnent davantage l'impression à la personne qu'elle fait partie de la communauté, pour qu'elle s'y sente en sécurité. Il s'agit, entre autres, **des services de visites amicales**; des programmes de contact téléphonique; des programmes de surveillance de quartier; et des amicales et cercles sociaux qui permettent d'entretenir des rapports sociaux et de fournir de l'aide.

Un ensemble de **services résidentiels** existent en dehors des milieux institutionnels offrant le soutien nécessaire pour que des personnes âgées puissent demeurer autonomes dans leurs communautés. Ceux-ci incluent, par exemple, la cohabitation, le logement-foyer ou la coopérative d'habitation de type Abbeyfield.[8] Un nouveau programme, particulièrement bien adapté au climat canadien, répond à de nombreux besoins en matière de soutien social. Il s'agit du service de résidence saisonnière qui permet aux personnes âgées vivant à la campagne ou dans des régions isolées de vivre dans une résidence pour personnes âgées pendant cinq ou six mois, puis de retourner vivre chez elles le reste de l'année.

Le nombre de services de prévention, de promotion de la santé et d'amélioration des habitudes de vie, destinés aux gens de tout âge, a augmenté au cours des dernières années car le gouvernement du Canada a mis l'accent sur la promotion de la santé. Des exemples de ces services sont l'autogestion de la santé; les activités collectives de mise en forme; les cours d'enrichissement personnel; et les cours d'éducation sanitaire.

Les services de répit visent à soulager les membres de la famille ou les autres personnes qui prodiguent régulièrement des soins à une personne âgée. Les services de répit peuvent prendre la forme de services de nuit ou de court séjour au domicile de l'aîné ou dans un établissement. Ces services peuvent aussi être fournis par un centre de jour. Les programmes de soutien ou les services d'entraide destinés aux fournisseurs de soins constituent une autre forme de service de répit.

Beaucoup d'aînés n'utilisent pas les services de transport public à cause de l'irrégularité de leur fréquence, d'éléments de la fabrication des véhicules, des stations ou des arrêts qui ne leur conviennent pas, et du manque d'abris. Le transport privé est souvent inaccessible aux aînés pour des raisons financières, que ce soit en véhicule particulier ou en taxi. Il arrive aussi que les amis ou les parents ne sont pas toujours en mesure d'offrir des services de transport en cas de besoin.

Sans services de transport, les personnes âgées risquent non seulement l'isolement social mais, dans les cas extrêmes, elles peuvent aussi subir une détérioration de leur santé si elles ne peuvent pas recevoir un service qui leur est nécessaire. Des services de transport adéquats et accessibles peuvent aider les aînés à demeurer dans leurs communautés.[9]

Le CCNTA croit que:

D'autres services d'appui, y compris le soutien personnel, le soutien social, la promotion de la santé et la prévention, les services résidentiels, les services de répit

et le transport, devraient exister dans chaque communauté pour que les aînés puissent choisir ceux qui sont susceptibles de les aider à maintenir ou à améliorer leur santé et leur bien-être en général.

Des normes devraient être élaborées et appliquées pour tous ces services. Les fournisseurs de services devraient recevoir une formation adéquate et, le cas échéant, ils devraient être agréés ou cautionnés.

Les services communautaires devraient faire l'objet de recherche fondamentale et évaluative afin qu'en soient améliorées l'efficacité, l'accessibilité et l'efficience.

CONCLUSION

Le système des soins de santé au Canada est axé sur les établissements, la haute technologie et la guérison, alors que les besoins des personnes âgées, en matière de soins, peuvent être décrits, de façon générale, comme des troubles chroniques de longue durée, qui exigent des soins holistiques ainsi que des services de soutien multidimensionnels. Ces services devraient être fournis, autant que possible, par les services communautaires, en coopération avec les secteurs informel et institutionnel. Bien que les personnes âgées soient en général en bonne santé, une fraction d'entre elles font un usage disproportionné des services de soins de santé et des services disponibles à l'heure actuelle.

Il est manifeste que si le Canada continue à fournir des soins aux personnes âgées en mettant surtout l'accent sur les services médicaux formels, le coût de ces services pourrait devenir trop lourd et plusieurs besoins en matière de santé ne seront pas satisfaits.

Les questions relatives à la participation de la communauté dans la définition des besoins en matière de santé et la gestion

des services, l'organisation de la prestation de soins, la coordination des services et la réaffectation juste des ressources--des soins hautement techniques, aigus, formels aux soins communautaires et de longue durée--devront être examinées sans tarder. Les questions de territorialité devront être débattues entre les différents paliers de gouvernement et les représentants des diverses disciplines. Le besoin d'assurer un programme suivi de soins doit être reconnu. Les établissements doivent considérer les services communautaires comme un partenaire à part entière en matière de soins de santé, et non comme un moyen de se débarrasser du "surplus" afin de ne pas dépasser leur budget.[10] Tous ceux qui fournissent des services aux personnes âgées doivent définir des buts pour que le travail effectué avec les bénéficiaires et leur famille corresponde bien aux besoins globaux d'ordre sanitaire des personnes âgées.

Nous devons reconnaître que le système de santé canadien a évolué au cours des 30 dernières années. Après avoir assuré l'accès aux services médicaux à la fin de cette même décennie, notre société se trouve devant un nouveau défi, celui d'une population vieillissante aux besoins particuliers. La prochaine étape dans la bonification de notre système de santé devrait consister à fournir des services communautaires.

Le CCNTA est persuadé que tous les technocrates étant de plus en plus sensibles aux besoins des Canadiens âgés, une nouvelle tendance se dessinera en ce qui a trait aux soins des personnes âgées pour peu qu'elle participent à l'élaboration des politiques, et l'on appréciera davantage le rôle important que jouent les services de soutien communautaire dans la fourniture de soins à ces dernières. En fin de compte, les responsables des services de santé n'ont qu'à se demander quel genre d'aide ils voudront eux-mêmes bientôt.

REFERENCES**

1) L'Association médicale canadienne. Les soins de santé pour gens âgés: Les défis d'aujourd'hui, Des solutions pour demain. Rapport du Comité de L'AMC sur les soins de santé pour les personnes âgées. Ottawa, 1987.

Canada. Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social. La Santé pour tous: Plan d'ensemble pour la promotion de la santé. Ottawa, 1986.

Organisation mondiale de la santé. Constitution de l'organisation mondiale de la santé: Documents fondamentaux. 15e éd., 1961.

2) Conseil consultatif national sur le troisième âge. Vers une politique de soutien communautaire pour les Canadiens. Ottawa, 1986.

Esdaile, J. et Wilkins, K. "Soutien social et réseaux sociaux au service du bien-être physique et psychologique des personnes souffrant d'arthrite et de rhumatisme". Dans: Le développement des connaissances pour la promotion de la santé: une invitation à agir, par la Direction générale des services et de la promotion de la santé, Santé et Bien-être social Canada. Ottawa, 1989.

Hancock, T. et Duhl, L. The Healthy City: Promoting Health in the Urban Context. Copenhague: OMS Région européenne, 1986.

Sutherland, R. et Fulton, M.J. Health Care in Canada: A Description and Analysis of Canadian Health Services. Ottawa: The Health Group, 1988.

3) Les estimations rapportées de l'Enquête Santé Canada indiquent qu'environ 20% de personnes âgées de 65 ans et plus disent avoir des limitations majeures dans leurs activités qui requièrent un niveau de soutien substantiel. (Chappell, N. et coll. Aging and Health Care: A Social Perspective. Toronto: Holt, Rinehart and Winston, 1986.)

4) Grâce à la technologie informatique, les cartes des services de santé utilisées dans plusieurs provinces donnent un accès immédiat aux renseignements sur la fraction du prix d'un médicament qui est à la charge du bénéficiaire. Elles permettent aussi au pharmacien de déceler si le bénéficiaire fait un usage excessif de médicaments, par exemple, dans les cas d'ordonnances multiples. Les renseignements médicaux importants pourraient aussi être consignés sur la bande magnétique de ces cartes. Elles peuvent aussi permettre de faciliter le contact avec les services informatiques des hôpitaux et de faciliter la prise de conscience du consommateur. Des services de dépannage téléphonique sur

les drogues fournissent des services semblables par téléphone. Plusieurs provinces ont aussi établi des services sanitaires utilisant des messages téléphoniques pré-enregistrés ou des services téléphoniques de réponses aux questions portant sur la santé.

5) Conseil consultatif national sur le troisième âge. L'évaluation gériatrique - l'expérience canadienne. Ottawa, 1989.

6) Alberta. Long Term Care Committee on Senior Citizens. A new Vision for Long-Term Care: Meeting the Need. Edmonton, 1988.

7) D'après ce modèle, la corporation assume l'entière responsabilité de la coordination et de la prestation des services de soins sanitaires aux résidents, y compris les services de soutien à domicile, les services de professionnels de la santé et les services institutionnels. Son but est de réduire le recours aux soins en établissement en montant un système de gestion capable d'intégrer des services des trois secteurs: institutionnel, communautaire et informel. L'organisme fournit des services de diagnostic, de traitement et de counselling, des services de prévention et de promotion de la santé. Il favorise aussi les pratiques de santé alternatives en recourant aux services de nombreux professionnels de la santé (p. ex., hygiénistes alimentaires, infirmières practiciennes, psychothérapeutes).

8) Société canadienne d'hypothèques et de logement. Un choix de logements pour les Canadiens âgés. Ottawa, 1987.

9) Conseil consultatif de l'Ontario sur l'âge d'or. La vie c'est la liberté de mouvement: rapport sur le transport en Ontario. Toronto, 1987.

10) Le "Victoria Health Project" est un excellent exemple de ce genre de coopération entre secteurs, entre institutions et entre paliers de gouvernement. En 1988, trois institutions, le Greater Victoria Hospital Society, le Capital Regional District et le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique ont établi un partenariat impliquant des transferts budgétaires, afin de planifier et réaliser une série de mesures sanitaires en vue d'améliorer des services communautaires, surtout pour les personnes âgées les plus frêles ou souffrant de maladies chroniques. Les résultats sont très prometteurs. (Fyke, K. et coll. The Victoria Health Project: The Beginnings. Rapport préparé pour la Corporation canadienne de l'administration des services de santé. Novembre 1988.

** La bibliographie complète ayant servi à la rédaction de ce rapport est disponible auprès du CCNTA.

AUTRES POSITIONS DU
CONSEIL CONSULTATIF NATIONAL
SUR LE TROISIEME AGE

1. Priorités d'action, 1981 (tirage épuisé).

2. Maximiser les choix: une politique de logement pour les Canadiens, mars 1985.

3. Un meilleur système de revenu de retraite pour les Canadiens, mars 1985.

4. Mise sur pied d'un Programme Vie Autonome (PVA), avril 1986.

5. Réponse au document de consultation sur les prestations de survivant prévues dans le Régime de pensions du Canada, novembre 1987.

6. Position du CCNTA sur les soins de longue durée, avril 1988.

7. La position du CCNTA sur la taxe sur les produits et services, février 1990.

8. La position du CCNTA sur les services communautaires dans les soins aux aînés, mars 1990.